

"...nicht dermaßen regiert zu werden": Kritische Sozialwissenschaft in der Tradition Michel Foucaults

Quindel, Ralf

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Quindel, R. (2012). "...nicht dermaßen regiert zu werden": Kritische Sozialwissenschaft in der Tradition Michel Foucaults. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 36(2/3), 107-122. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-56558-7>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Ralf Quindel

»...nicht dermaßen regiert zu werden«

Kritische Sozialwissenschaft in der Tradition Michel Foucaults

Kriterien kritischer Sozialwissenschaft werden in Anschluss an Michel Foucault exemplarisch an einer empirischen Untersuchung in Form von Interviews mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen von Sozialpsychiatrischen Diensten angewandt. Die Bedeutung des medizinischen Erklärungsmodells für die Identität und die Handlungsmöglichkeiten der professionellen HelferInnen wird herausgearbeitet. Der Beitrag endet mit einer kritischen Diskussion des Empowerment-Ansatzes in der Sozialpsychiatrie.

Schlüsselwörter: Diskursanalyse, Empowerment, Kritische Sozialwissenschaft, (nicht-) diskursive Praktiken, Psychiatrie

Ihr sagt ich bin dumm, weil ich
nichts weiß [...] Ich sage, ihr seid
dumm, weil ihr dumm ausseht.
Das ist meine Logik und ihr habt
nichts dagegen zusetzen.

Kreisky¹

Wer bestimmt was Dummheit und was Klugheit ausmacht? Die Frage nach dem Wissen, ist von der Frage der Macht nicht zu trennen. Auch sozialwissenschaftliche Forschung und Theoriebildung ist Teil der Wissensproduktion und damit Teil der gesellschaftlichen Machtverhältnisse, dies hat Michel Foucault in seiner Arbeit *Wille zum Wissen* deutlich gemacht. Dieser Teilhabe gilt es bewusst zu sein, demnach ist ein erstes Kriterium kritischer Wissenschaft ihre Selbstreflexivität in Bezug auf den Kontext und die Machtwirkungen ihrer Wissensproduktion.

Ein zweites Kriterium betrifft den Gegenstand mit dem sich kritische Sozialwissenschaft befasst. Hier ist die Unterscheidung von diskursiven und nicht-diskursiven Praktiken von Michel Foucault zentral. Während die diskursiven Praktiken sprachlich vermittelt werden, zeigen sich nicht-

diskursive Praktiken in Handlungen, architektonischer Gestaltung, Techniken. Beide Formen nennt Foucault Praktiken, da sie menschliches Erleben und Verhalten strukturieren und generieren, also Machtwirkungen in der gesellschaftlichen Praxis darstellen. Kritische Sozialwissenschaft greift also zu kurz, wenn sie sich lediglich mit Sprache und Texten befasst.

Schließlich lässt sich mit Michel Foucaults Theorie der Macht ein drittes Kriterium für kritische Sozialwissenschaft formulieren: Machtwirkungen sind nicht zufällig sondern sind strategisch im Dienste der Regierbarkeit einer Gesellschaft. Dabei, so Foucault, sind sie weniger repressiv sondern produktiv und nicht von Subjekten, etwa der ›Regierung‹ oder der ›Wirtschaft‹ gesteuert. Vielmehr zeigen sie sich beispielsweise in der Wissenschaft ebenso wie in alltäglichen Handlungen, in den Bedingungen wie etwas von wem gesagt werden kann, ebenso wie in der Form, in der Menschen sich und ihre Körper erleben. Regierung (Gouvernementalität) nach Foucault bezieht sich also nicht nur auf politische und wirtschaftliche Aspekte, sondern insbesondere auf die Selbstentwürfe der Subjekte. Macht ist jedoch nie total oder gar zentral. Die partikulare, vernetzte Form bietet Möglichkeiten zu Gegenentwürfen zu herrschenden Normen, die zwar jederzeit in Gefahr stehen, zur Optimierung der Regierbarkeit genutzt werden zu können, jedoch nie vollkommen kontrollierbar sind.

Was bedeutet also kritische Sozialwissenschaft in diesem Zusammenhang zu betreiben? Positiv formuliert könnte die Erweiterung der Möglichkeiten zu denken, zu sprechen und zu handeln ein Ziel kritischer Sozialwissenschaft sein. Oder negativ formuliert:

Als erste Definition der Kritik schlage ich also die allgemeine Charakterisierung vor: die Kunst nicht dermaßen regiert zu werden (Foucault, 1992, S. 12).

Im Folgenden sollen die beschriebenen Kriterien kritischer Sozialwissenschaft am Beispiel der Studie zur Geschichte des Wahnsinns von Michel Foucault (1989) und daran anschließend an einer Untersuchung zum Selbstverständnis der Professionellen in der Sozialpsychiatrie exemplarisch verdeutlicht werden.

Psychiatrie als Gegenstand kritischer Diskursanalyse

In *Wahnsinn und Gesellschaft: eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft* hat Foucault historisch sich wandelnde Umgangsformen mit dem Wahnsinn untersucht. In einer materialreichen Sammlung von historischen Dokumenten beschreibt er, wie sich der Umgang mit dem Wahnsinn seit dem 15. Jahrhundert bis zur Zeit der französischen Revolution in Europa veränderte. Er zeigt, dass in verschiedenen Epochen der europäischen Geschichte sehr unterschiedliche Vorstellungen und unterschiedliche Umgangsformen mit dem Wahnsinn existierten.

Der *poetische Begriff des Wahnsinns* betrachtet den Wahnsinn als die tragische Wahrheit des Menschen, z. B. in den Gemälden von Hieronymus Bosch. Mitte des 17. Jahrhunderts wird er durch die unterschiedslose *Einsperrung der Wahnsinnigen* mit allen anderen Formen der Abweichung, wie z. B. Delinquenz, Armut oder politische Dissidenz, abgelöst. Im Zeitalter der Aufklärung schließlich entsteht die Konstruktion des *Wahnsinns als das Unvernünftige und das Kranke*, die heute noch die vorherrschende ist.

Der Umbruch zur Herrschaft der Medizin über den Wahnsinn ist gekennzeichnet durch die Person des französischen Arztes Pinel, der Ende des 18. Jahrhunderts die Wahnsinnigen von den Ketten befreit, sie als Kranke bezeichnet und nicht mehr wie gefährliche Tiere oder Verbrecher behandeln lässt. Diese Handlung wird als Sieg des Humanismus gefeiert. Foucault sieht darin jedoch vor allem den Sieg der Vernunft in Form der medizinischen Wissenschaft über die Unvernunft, den Wahnsinn. Die beunruhigende Kraft des Wahnsinns, das Beängstigende aber auch Faszinierende, verschwindet in den nüchternen medizinischen Erklärungen und Behandlungsformen. Der Wahnsinn verliert seine Bedeutung als das Andere, als Spiegel der herrschenden Rationalität. Er findet kein Gehör mehr. Er wird zum medizinischen Objekt.

Die ›psychische Krankheit‹ ist demnach ein Spiegel unserer vernünftigen, aufgeklärten Gesellschaft. Mit Nietzsche sieht Foucault im Wahnsinn das Dionysische, Rauschhafte, das in der abendländischen Geschich-

te vom Apollinischen, dem Vernünftigen abgetrennt wurde und zunehmend ausgegrenzt wird.

In *Wahnsinn und Gesellschaft* zeigt Foucault also, wie Differenzen zwischen Normalität und Abweichung, Gesundheit und Krankheit durch die medizinische Wissensproduktion geschaffen werden, die damit spezifische Machtwirkungen im Sinne der Umgestaltung des gesellschaftlichen Umgangs mit dem Phänomen ›Wahnsinn‹ entfaltet. Als Gegenstand für seine Untersuchung hat er historische Dokumente und Aufzeichnungen genutzt und damit die Art und Weise analysiert, wie über den Wahnsinn gesprochen und geschrieben wurde, welche rechtlichen, organisatorischen Formen entwickelt wurden, um den Wahnsinn ›in den Griff zu kriegen‹. Darüber hinaus waren die architektonischen und technischen Entwicklungen in den psychiatrischen Anstalten Gegenstand seiner Analyse. Mit anderen Worten: Foucault hat die historisch sich verändernden diskursiven und nicht-diskursiven Praktiken im Umgang mit dem Wahnsinn analysiert.

In diesen Diskurs fließen ethische, therapeutische, institutionelle und ökonomische Entscheidungen zusammen und bilden ein äußerst heterogenes Feld. Der psychiatrische Diskurs besteht nicht nur aus Text oder Sprache, sondern ist eng verwoben mit den Praktiken der Psychiatrie, er produziert Wirklichkeit, stellt Normalität her und grenzt Abweichendes im Dienste der Regierbarkeit aus (Quindel, 2001).

Der Diskurs – dies lehrt uns immer wieder die Geschichte – ist auch nicht bloß das, was die Kämpfe oder die Systeme der Beherrschung in Sprache übersetzt: er ist dasjenige, worum und womit man kämpft; er ist die Macht, deren man sich zu bemächtigen sucht (Foucault, 1997, S.11).

Die Untersuchung von Foucault bietet die Möglichkeit, einen alternativen Blick auf die Entwicklung der Psychiatrie zu werfen. Und wird dementsprechend begierig von der Bewegung der Psychiatriekritik in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts aufgenommen, die zu einer Veränderung in der psychiatrischen Landschaft, durch Auflösung von Verwahranstalten und zur Entwicklung alternativer, sozialpsychiatrischer Formen führte.

Diese Entwicklung kann man zum einen als Gegenmacht interpretieren, allerdings nachträglich auch als Wegbereiter einer kostengünstigen neoliberalen ›Verschlankung‹ der Psychiatrie betrachten.

In einer empirischen Studie im Rahmen meiner Dissertation bin ich im Anschluss an die Analysen von Michel Foucault der Frage nachgegangen, welche Formen von Normalität im zeitgenössischen sozialpsychiatrischen Diskurs hergestellt werden und wie sie sich in den Selbstentwürfen der Professionellen niederschlagen.

Empirische Grundlage der Untersuchung sind zwölf halbstrukturierte Interviews mit PsychologInnen, SozialpädagogInnen und ÄrztInnen aus Sozialpsychiatrischen Diensten in Bayern und Berlin. Die Interviews dauerten etwa 60 Minuten; folgende Fragen dienten als Erzählanstöße:

- Was ist das Ziel Ihrer Arbeit?
- Was bedeutet psychische Gesundheit für Sie?
- Gibt es Konflikte in Ihrer Beziehung mit den Klienten?
- Gibt es Situationen, in denen der Auftrag der Institution und die Bedürfnisse der Klienten in Widerspruch stehen?
- Was macht Ihnen Spaß und Freude, was macht Ihnen Angst im Kontakt mit den Klienten?
- Weshalb haben Sie sich die Arbeit in einem Sozialpsychiatrischen Dienst ausgesucht?

Die Erzählungen der InterviewpartnerInnen werden in der Studie als Konstruktionen professioneller Identitäten betrachtet. Diese Konstruktionen reduzieren die Komplexität der Praxis und dienen dadurch der Orientierung der Professionellen. Die Erzählungen docken sich an psychiatrische Diskurse an und nutzen diese für die Erklärungen professionellen Handelns. Die InterviewpartnerInnen werden also in ihrem Denken, Sprechen und Handeln von Diskursen geprägt, sind aber keine passiven Opfer von Diskursen. Vielmehr sind sie aktive Konstrukteure ihrer Identität innerhalb der angebotenen diskursiven Wahlmöglichkeiten. In der Auswertung wurden dementsprechend folgende Fragen verfolgt:

- Welche Diskurse tauchen in den Erzählungen auf?
- Welche Diskurse dominieren?
- Welche Handlungsoptionen können Diskurse eröffnen und welche verschließen sie?
- Welche Argumentationen werden von den Diskursen gestützt?

Im Folgenden wird anhand von Interviewzitate beispielhaft am medizinischen Diskurs gezeigt, in welcher Form psychiatrische Diskurse in den Erzählungen der InterviewpartnerInnen genutzt werden.²

Die Herrschaft des medizinischen Diskurses

Der mächtigste Diskurs in der Psychiatrie ist der *medizinische Diskurs*. Seine Funktion lässt sich anhand des folgenden Interviewausschnittes verdeutlichen:

Auch so unsere Depressiven einfach, denen es jetzt eigentlich objektiv, wenn man sie so anschaut, die wirklich alles haben! Die eigentlich abgesichert wären, die sich ein schönes Leben machen könnten. Aber wegen ihrer Depression mit der Antriebslosigkeit halt nix, nix auf den Weg bringen und nix schaffen irgendwo, was einen selber einfach oft auch aggressiv macht, gell, obwohl man weiß, woher es kommt, sie können nicht anders. Ja. Und dann natürlich unsere Persönlichkeitsstörungen, das ist natürlich eh so ein Thema für sich. Dass sie das immer wieder schaffen, dass sie einen auf die Palme bringen. (Gudrun³, Sozialpädagogin, Bayern)

In der Bezeichnung ›unsere Depressiven‹ und ›unsere Persönlichkeitsstörungen‹ klingt neben der Etikettierung (das Individuum verschwindet hinter der Diagnose) auch eine Vereinnahmung, ein Besitzverhältnis mit. Über die psychiatrische Diagnose werden die Klienten nicht nur zum Behandlungsobjekt, sondern zum Eigentum der Psychiatrie und ihrer MitarbeiterInnen. In Abgrenzung zu den Behandlungsobjekten bildet sich ein ›Wir‹, in der Erzählung von Gudrun gilt dieses ›Wir‹ dem Team des SpDi. Außerdem werden mit Hilfe der Diagnosen Ursachen für unverständliche Verhaltensweisen gesucht: ›Man weiß, woher es kommt‹. Der Status der

Krankheit dient dazu, eigene Gefühle wie Ärger gegenüber Klienten in Schach zu halten, die Patienten »können nicht anders«, weil sie krank sind.

Die Codes der Psychopathologie verdichten eine Vielzahl von Informationen in einer Diagnose und die Kommunikation zwischen den Professionellen in der Sozialpsychiatrie über Klienten wird stark durch diese medizinischen Diagnosen bestimmt. So beginnen viele Geschichten in den Interviews ähnlich wie die Folgende:

Einer meiner Patienten – ich denke, er hat eine Persönlichkeitsstörung und darauf aufgesetzt was Paranoides – dessen Frau war...
(Andreas, Arzt, Berlin)

Der medizinische Diskurs dient hier der Verständigung unter Professionellen. Er bildet eine eingeweihte Gemeinschaft von Experten, bei der Erwähnung von bestimmten psychiatrischen Diagnosen wird eine Vielzahl von Assoziationen, Bildern, Ursachen und Zusammenhängen beim fachkundigen Zuhörer aktiviert.

In Verbindung mit den Praktiken der Psychiatrie (medikamentöse Behandlung und Verwahrung der Verrückten in den psychiatrischen Kliniken) schützt der medizinische Diskurs vor der beunruhigenden Fremdheit des Wahnsinns. Er sorgt für Klarheit in chaotischen und unübersichtlichen Krisensituationen, indem er ein Diagnoseraster anbietet, das verrücktes Verhalten auf eine individuelle Krankheit zurückführt. Dadurch bietet er einfache Erklärungen und Lösungen für komplexe Probleme und entlastet von Verantwortung, wie in dem folgenden Zitat deutlich wird:

Bei Leuten, die gar nicht, wenn man es einmal oder zweimal probiert hat, die da gar nicht einsichtsfähig sind, also die wirklich akut psychotisch sind oder sonst irgendwas, da ist es bei mir schon so, dass sich die Frage dann gar nicht mehr stellt, ob das gerechtfertigt ist. Zum Beispiel einen Betreuer oder so anzuleiern.
(Bettina, Psychologin, Bayern)

Mit der Herrschaft des medizinischen Diskurses ist jedoch die Beunruhigung durch den Wahnsinn nicht vollkommen verschwunden.

Doris: Und ich konnte mir eigentlich nix drunter vorstellen, unter Sozialpsychiatrischem Dienst. Das hat sich damals wie, es wurde mir aufgedrängt, das hat sich wie angeboten, das war – ich hatte ziemlich Angst davor. Wie denn das ist, mit Menschen zu arbeiten, die so in der Krise sind. Ich wusste nicht, ob ich das kann und wie das ist. Und ob ich mir das zutrauen kann.

Interviewer: Was hatten Sie da für Phantasien, wenn Sie sagen, da hatten Sie Angst davor mit solchen Menschen?

D: Ja, halt so, was die Allgemeinbevölkerung, denk ich, für Phantasien hat, also dass die gewalttätig sind oder dass die mir irgendwas tun. Mehr so in der Richtung.

I: Also Sie hatten vorher dann auch mit Psychiatrie und psychiatrisch Betroffenen noch nie was zu tun gehabt.

D: Nee. Im Grunde genommen nicht. Also ich hatte halt nur mit normal gestörten, neurotischen Menschen was zu tun. Ich war schon in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber das ist ja dann noch mal was anderes. Also so mit richtig psychisch Kranken hatte ich noch nie was zu tun. (Doris, Sozialpädagogin, Bayern)

Der medizinische Diskurs weckt als fremder, einschüchternder Diskurs Ängste. Durch den Zusammenhang mit Psychiatrie werden Menschen als gewalttätig phantasiert. Im Gegensatz zu den ›normal gestörten, neurotischen Menschen‹ beschreibt der medizinische Diskurs Menschen als ›richtig psychisch krank‹ und begründet damit die Schwierigkeit, mit ihnen zu arbeiten. Gleichzeitig schützt er aber auch vor der psychotischen Bedrohung durch den Einsatz von Medikamenten.

Ich hab noch nie jemand in einer Psychose erlebt. Also die kommen ja alle, entweder eingestellt von der Klinik oder vom Psychiater, mit Medikamenten, also ich habe jetzt – nee. Ich kann das jetzt nicht sagen. Dass ich da irgendwas Unangenehmes erlebt hätte. (Doris, Sozialpädagogin, Bayern)

Medikamentöse Behandlung der Klienten wird offensichtlich nicht nur für die Klienten, sondern auch für die MitarbeiterInnen der SpDi selbst als hilfreich betrachtet. Ohne Medikamente, so die Furcht, drohen psychotische Episoden, die Klienten sind im ambulanten Kontakt anstrengender, können ›unangenehm‹ werden.

Der medizinische Diskurs wirkt als Schutz, macht aber auch hilflos, weil mit der Akzeptanz des medizinischen Diskurses in Krisensituationen keine Alternativen zur medikamentösen Behandlung mehr in den Sinn kommen. Dieses Dilemma zeigt sich in dem folgenden Interviewausschnitt. Ausgehend von meiner Frage, ob es Situationen in der Arbeit gibt, die Angst machen, beschreibt Carsten folgende Szene:

Beängstigend ist fast jede Situation für mich, wo Gewaltandrohung *im Raum steht*, körperliche Gewaltandrohung, Zwangsmaßnahmen *im Raum stehen*. Weil es nicht gelang, dem Klienten es *einsichtig zu machen*, dass ein Klinikaufenthalt doch was sehr Sinnvolles sei. Und da - macht mir einfach diese Zwangssituation Angst, wenn die Polizisten die Handschuhe vom Gürtel holen und sie anziehen. Das *betrifft mich* immer sehr und *belastet mich* dann furchtbar. (Carsten, Psychologe, Bayern)

Bis auf den ›Klinikaufenthalt‹, ist der medizinische Diskurs in dieser Passage nicht vertreten. Die Begriffe stammen aus dem *juristischen Diskurs* (›Gewaltandrohung‹, ›Zwangsmaßnahmen‹) und dem *psychotherapeutischen Diskurs* (›einsichtig machen‹, ›betrifft mich‹, ›belastet mich‹). Um die Bedeutung dieser Diskurse für die Argumentation Carstens zu verstehen, lohnt es sich die Geschichte unter besonderer Berücksichtigung der Metaphorik (im Zitat kursiv) nachzuerzählen:

Die ›Zwangsmaßnahme‹, die ›Gewaltandrohung‹, beide juristischen Begriffe werden mehrmals genannt, ›stehen im Raum‹. Sie wirken groß, bedrohlich und merkwürdig schwebend. Carsten tritt als Therapeut auf und versuchte dem Klienten etwas ›einsichtig zu machen‹. Doch der Klient bleibt uneinsichtig. Das Ziel aller Bemühungen, der ›Klinikaufenthalt‹ klingt etwas nach Ferien oder Kuraufenthalt, ist aber auf jeden Fall etwas ›sehr Sinnvolles‹. Doch es gelingt nicht, das dem Klienten zu vermitteln.

Dann bekommt Carsten Angst, weil die juristische Ordnungsmacht, die Polizei, auf den Plan tritt. Er selbst, als Zuschauer, fühlt sich körperlich getroffen, von schwerer Last bedrückt.

Zentral in der Argumentation ist die Uneinsichtigkeit des Klienten. Der Blick lastet auf ihm. Die Klinik als Institution wird nicht problematisiert, sie erscheint als einzig mögliche Lösung. Diese wird aber vom Klienten nicht akzeptiert, eine Einweisung ist die zwangsläufige Folge. Weil der Psychologe, der Therapeut gescheitert ist, die Seele des Klienten nicht erreicht hat, tritt das Recht, die Ordnungsmacht auf den Plan und bezieht sich auf den Körper des Klienten. Carsten bleibt nur noch den psychologischen Blick auf seine eigene Betroffenheit zu lenken.

In seiner Erzählung der Krisensituation greift Carsten auf die medizinisch-institutionelle Lösung der Klinikeinweisung zurück und blendet die eigene Verantwortung an der Ordnungsmaßnahme aus. Der psychotherapeutische und der juristische Diskurs geben zwar spezifische Interpretationen von Wirklichkeiten vor, die individuelle Nutzung dieser Diskurse in der Erzählung ist jedoch eine aktive Konstruktionsleistung von Carsten, sie dient seinen strategischen Zielen im Dienst der persönlichen Identitätskonstruktion und der Darstellung im Interview.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die medizinische Erklärung schafft *Identität* und *Distanz*: Sie schafft ein ›Wir‹ der Gesunden, der HelferInnen, das den Anderen, den psychisch Kranken, gegenübersteht und dadurch wird eine klare Grenze markiert. Außerdem *entlastet* die medizinische Erklärung *von Verantwortung*: Das verrückte Verhalten ist eine neurologische Störung, es ist also von den Angehörigen oder den HelferInnen grundlegend nicht beeinflussbar. Der medizinische Diskurs *produziert Normalität*: Jede medizinische Diagnose bestätigt die Abweichung von normalen Verhaltensweisen als krankhaft. So müssen die Gesunden sich nicht um die politische Frage kümmern, wie stark unvernünftige, impulsive Lebensäußerungen in der Gesellschaft ausgegrenzt und sanktioniert werden. Die medizinische Diagnose bietet darüber hinaus *Schutz vor Aggressionen* auf die verrückten Störer der öffentlichen Ordnung (Goffman, 1974), sind sie doch ›arme Kranke‹ und können ihr Tun nicht verantworten. Die medizinisch-biologische Erklärung von ver-

rücktem Verhalten erfüllt also wichtige soziale und psychodynamische Funktionen, daraus erklärt sich ihre Definitionsmacht.

Alternative Diskurse

Im sozialpsychiatrischen Feld werden medizinische und psychotherapeutische Diskurse häufig gebrochen durch die Konfrontation mit dem Lebensalltag der Klienten. Soziale Probleme, Armut, Einsamkeit und Verwahrlosung stellen die medizinischen und psychotherapeutisch geprägten Identitätsentwürfe der Professionellen vor Zerreißproben. Sie zwingen dazu, den konkreten gesellschaftlichen Kontext der Klienten zu berücksichtigen. Gelingt dies, führt das zu neuen, alltagsbezogenen Konzepten von psychischer Gesundheit:

Also der ist nicht psychisch gesund geworden, also den würde ich schon als, das hat auch schon eindeutig einen Krankheitswert, wie der im Leben steht. Das würde ich schon sagen. Aber der hat einfach, der hat wieder einen Job, der tut zum Beispiel Zeitungen austragen. Und damals ist er über sein, über den Zimmerrand oder über das in die Kirche hin und her nicht hinausgekommen. Und heute hat er ein Stück mehr Bezug zur Realität. Er verdient sich ein Geld dazu, und – ja, er ist wohl auch in Kontakt mit mehreren Leuten wie damals. Damals war er einfach, der war sehr eingeschränkt, sein Horizont. (Vera, Sozialpädagogin, Bayern)

Vera stützt sich in ihrer Vorstellung von psychischer Gesundheit nicht nur auf den medizinischen Diskurs, sie hat zusätzlich eine Vorstellung von alltagspraktischen Kriterien, wie Arbeit und soziale Kontakte, die Normalität und Gesundheit ausmachen. Am deutlichsten wird diese alltagspraktische Seite in der Erzählung von Bettina, die sich bezeichnenderweise auf eine Zeit vor ihrer beruflichen Tätigkeit als Psychologin bezieht, nämlich auf ein Praktikum in einer sozialpsychiatrischen Einrichtung während ihres Studiums:

Also eben nicht das Setting, man geht in eine Klinik, macht da abgehoben was mit irgendwelchen Leuten, sondern es ist in den All-

tag eingebettet und völlig praktisch orientiert. Ich hab da mal zum Beispiel so einen Kochkurs geleitet für psychisch Kranke. Wo man dann auch wirklich so ganz normal miteinander zur ›Norma‹ gegangen ist, debattiert hat, was wird gekocht, ausgerechnet, was können wir uns leisten, das zusammen gemacht, abgespült, aufgeräumt. Also so ganz lebenspraktische Sachen, wo auch die Klienten, hab ich immer den Eindruck gehabt, auch sehr viel einbringen können. Wir Leiter konnten nicht kochen. Das waren meine Freundin und ich, und bei uns ging es über studentische Spaghetti-Küche nicht hinaus. Was mich dann auch fasziniert hat zu sehen, wie clever die das auch machen. Und zwar völlig ohne dass wir da jetzt irgendwas strukturieren müssen. Ich hab mir am Anfang immer noch gedacht, leiten bedeutet, ich sag jetzt denen, was zu tun ist, und das hat sich recht bald rausgestellt, es wär erstens nicht nötig und wär zweitens völlig fehl am Platz. Und das war einfach, das war ein schönes Gefühl. Also jemanden auch in so Alltagssituationen zu begegnen. (Bettina, Psychologin, Bayern)

Dieses Zitat steht für ein Spezifikum des *sozialpsychiatrischen Diskurses im Sinne der Gemeindepsychiatrie*, der die Klienten als Subjekte mit ihren Ressourcen im Alltag anerkennt und sie nicht als Objekte psychologischer oder medizinischer Interventionen betrachtet. Diese Erzählung wäre ein Beispiel für eine Haltung im Sinne des Empowerment (Herriger, 1997).

Konsequenzen für eine kritisch-reflexive Professionalität

Kritische Sozialwissenschaft sollte sich neben der Analyse auch durch eine Positionierung in der gesellschaftlichen Praxis auszeichnen. Sie sollte das Ziel haben Praxis zu verändern und politisch Position zu beziehen. Dabei bedarf es Anschlüsse an gesellschaftliche Akteure und institutionelle und konzeptionelle Anknüpfungspunkte.

Empowerment als professionelle Haltung macht sich zur Aufgabe, Selbstorganisation von Psychiatrie-Erfahrenen zu unterstützen und Frei-

räume für selbstbestimmten Lebensentwürfe zu erarbeiten (Knuf & Seibert, 2000). Allzu oft geschieht das jedoch, ohne einen kritischen Blick auf den herrschenden medizinischen Diskurs:

Vor einigen Jahren nahm ich an einem Versuch teil, eine Selbsthilfegruppe für manisch-depressive Menschen zu gründen. Im Anschluss an einen Vortragsabend begannen wir, nach den Diagnosen ›depressiv‹, ›manisch‹ und ›manisch-depressiv‹ drei getrennte Selbsthilfegruppen zu bilden. Leider lösten sich sehr schnell alle drei Gruppen wieder auf, was nicht ganz untypisch ist bei Selbsthilfegruppen mit diesen Krankheitsbildern (Broll, 1997, S. 183).

Diese Form von Selbsthilfe, die sich dem medizinischen Modell verschreibt, muss scheitern, da sie sich von einer Fachlichkeit abhängig macht, über die sie nicht selbst verfügt. Zudem verführt der medizinische Diskurs zu defizitären, statischen Zuschreibungen, die in dem obigen Zitat auch tatsächlich als Erklärung für das Scheitern der Selbsthilfeaktivitäten herangezogen werden.

Im Sinne des Empowerment ist es notwendig, alternative Diskurse gegenüber dem medizinischen Diskurs zu stärken. Vertrauen in die Fähigkeiten der Klienten zur Selbstbestimmung und Anerkennung des Subjektstatus der Psychiatrie-Erfahrenen wird für Professionelle möglich, wenn sie aus der defizitären medizinischen Betrachtung der Klienten aussteigen. Es gilt Positionierungen im gesellschaftlichen Raum außerhalb des medizinischen Diskurses zu betrachten, also neben der Kategorie *Psychische Krankheit/Gesundheit* auch die sozialen Kategorien *Geschlecht*, *ethnische Herkunft* und *soziale Schicht* zu berücksichtigen (Weber, 1998). Dies sind keine unveränderlichen Eigenschaften der Individuen, sondern ebenso diskursiv hergestellt (Rommelspacher, 1997). Die Kategorien verlaufen jedoch quer zu der psychiatrischen Kategorie *Gesundheit/Krankheit* und schaffen damit Verbindungen über soziale Gruppen der Psychiatrie-Erfahrenen und der Professionellen hinweg.

Vermittelt über geteilte soziale Identitäten, beispielsweise *Geschlecht* oder *soziale Herkunft* lassen sich Möglichkeiten der Kommunikation zwischen Professionellen und Klienten vorstellen, die nicht von der Hie-

rarchie zwischen gesund und krank bestimmt sind. Feministische Projekte für psychiatrisierte Frauen können beispielsweise eine solche Kommunikation ermöglichen. Wenn es Professionellen gelingt, eigene Erfahrungen von Diskriminierung und Ausgrenzung bezüglich der Dimensionen Geschlecht, Alter, ethnische Herkunft oder soziale Schicht als Lernfeld zu nutzen, werden sie sensibler für die Lebenssituation der Klienten und für die Wirkungen diskursiver Grenzziehungen.

Für kritische Professionelle in der Sozialpsychiatrie gilt es also, den institutionell vorgegebenen Rollen und den Identifikationsangeboten des herrschenden medizinischen Diskurses zu widerstehen. Sich nicht ohne weiteres den diskursiv vermittelten Normen unterzuordnen und sich, bezüglich der herrschenden Norm, auch mal verrückt zu verhalten. Ein Thesenpapier, das in dem Hamburger Psychoseseminar entwickelt wurde, sprengt in diesem Sinne die Grenzziehung der medizinisch dominierten Psychiatrie zwischen psychisch kranken und gesunden Individuen.

Menschliches Handeln ist in der Psychose nicht außer Kraft gesetzt. Vielmehr transportiert die Psychose existentielle Zweifel und Konflikte, die für alle Menschen Bedeutung haben. [...] Zu schnelle automatische Vergabe von Neuroleptika ist schädlich, weil dann die Gesellschaft resistent wird gegenüber der Vielfalt menschlicher Seinsweisen und immer rigidere Vorstellungen entwickelt. Es ist normal verschieden zu sein! (Bock, 1998, S. 288).

Dieses Zitat macht deutlich, wie das Individuelle mit dem Gesellschaftlichen verknüpft ist. Je weniger Widerstand in Form von Anders-Sein und alternativen Diskursen sichtbar wird, desto rigider wird die gesellschaftliche Norm. Der gesellschaftliche Kampf für die Anerkennung der »Vielfalt menschlicher Seinsweisen« (ebd.) ist auch die Wurzel des Empowermentkonzeptes, die in der Zeit der Bürgerrechtsbewegungen, der feministischen und ethnischen Emanzipation liegt (Herriger, 1997). Gemeinsam ist den Protagonistinnen dieser Bewegungen die eigene Biographie als Teil einer kollektiven, politischen Geschichte, als Kampf gegen die herrschenden Normalitätsdiskurse zu begreifen.

Wenn professionelle HelferInnen diesen Kampf unterstützen wollen, müssen sie sich zunächst die eigene Beteiligung an diskursiven Grenzziehungen zwischen ›gesund‹ und ›krank‹ und an den damit verbundenen gesellschaftlichen Ausgrenzungen bewusst machen. Erst dann können – in manchen Situationen – alternative Lebensformen tatsächlich zugelassen und gefördert werden.

► Anmerkungen

- 1 Text der österreichischen Band Kreisky aus dem Lied *Ihr Hunde lasst mich los*.
- 2 Eine umfassende Darstellung der Ergebnisse sprengt den Rahmen dieses Artikels. Für eine ausführliche Darstellung der Facetten des sozialpsychiatrischen Diskurses (medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und ökonomischer Diskurs) sei auf die Veröffentlichung meiner Dissertation im Psychiatrie-Verlag hingewiesen (Quindel, 2004).
- 3 Die Namen sind erfunden.

► Literatur

- Bock, Thomas (1998). Partnerschaft – Perspektiven einer dialogischen Psychiatrie. In Thomas Bock & Hildegard Weigand (Hrsg.) *Handwerksbuch Psychiatrie* (S. 280-293). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Broll, Dieter (1997). Ein-Blick in eine Selbsthilfegruppe. Geschichte und Struktur einer manisch-depressiven Gruppe. Anke Gartelmann & Andreas Knuf (Hrsg.), *Bevor die Stimmen wiederkommen: Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen* (S. 183-188). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dörner, Klaus (1975). *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Foucault, Michel (1989). *Wahnsinn und Gesellschaft: eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1992). *Was ist Kritik?* Berlin: Merve.
- Foucault, Michel (1997). *Die Ordnung des Diskurses*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Goffman, Erving (1974). *Das Individuum im öffentlichen Austausch. Mikrostudien zur öffentlichen Ordnung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Herriger, Norbert (1997). *Empowerment in der sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Knuf, Andreas & Seibert, Ulrich (2000). *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Quindel, Ralf (2001). Aus der Klinik in die Freiheit? Soziale Kontrolle in der Gemeindepsychiatrie. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 21 (4), 28-34.

Quindel, Ralf (2004). *Zwischen Empowerment und sozialer Kontrolle. Das Selbstverständnis der Professionellen in der Sozialpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Rommelspacher, Birgit (1995). Identität und Macht. Zur Internalisierung von Diskriminierung und Dominanz. Heiner Keupp & Renate Höfer (Hrsg.), *Identitätsarbeit heute. Klassische und aktuelle Perspektiven der Identitätsforschung* (S. 251-269). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Weber, Klaus (1998). Kulturelle Differenz und Geschlecht als Dimensionen sozialpsychiatrischer Arbeit. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 28 (2), 21-28.